chapitre 3

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DE LA LÈPRE

INTRODUCTION

Dans ce chapitre nous avons regroupé les dermatoses les plus courantes à Mayotte qui peuvent faire discuter une lèpre (Tableau 3) :

1- En premier lieu, les principales dermatoses d'emblée hypochromiques ou achromiques (dermite séborrhéique, eczématides, hypomélanose lenticulaire en goutte, nævus hypochromique, pityriasis versicolor, vitiligo) et celles qui, à un moment de leur évolution, sont hypochromiques (pityriasis rosé de Gibert) qui peuvent simuler toutes les formes de lèpre (indéterminée, tuberculoïde ou lépromateuse).

2- Les dermatoses annulaires qui peuvent simuler une lèpre tuberculoïde (dermatophyties, lichen plan annulaire).

3- Les dermatoses papuleuses ou papulo-nodulaires (chéloïde, maladie de Recklinghausen, syphilis), diagnostic différentiel des lépromes.

4- Enfin les dermatoses érythémato-squameuses qui peuvent être prises pour une lèpre en réaction reverse (psoriasis...).

Pour plus de simplicité, elles seront détaillées par ordre alphabétique.

D'autres dermatoses (tableau 3) peuvent simuler une lèpre mais elles sont rares et elles ne seront donc pas décrites ici.

Tableau 3 : Dermatoses pouvant faire discuter une lèpre.

Dermatoses hypochromiques (ou achromiques*)	Dermite séborrhéïque de l'adulte Eczématides hypochromiques Hypomélanose lenticulaire en goutte* Nævus achromique/hypochromique Pityriasis rosé de Gibert Pityriasis versicolor Vitiligo*
Dermatoses annulaires	Dermatophyties Lichen plan annulaire
Dermatoses papulo-nodulaires	Chéloïde Maladie de Recklinghausen Syphilis
Dermatoses érythémato-squameuses	Psoriasis
Autres dermatoses	
Dermatoses hypochromiques	Mycosis fongoïde hypochromique Sarcoïdose hypochromique
Dermatoses annulaires	Granulome annulaire Sarcoïdose annulaire
Dermatoses papulo-nodulaires	Maladie de kaposi (V.I.H. ou non) Sarcoïdose papulo-nodulaire

CHÉLOÏDES

Les chéloïdes sont beaucoup plus fréquentes sur la peau noire, et certains patients en font beaucoup plus que d'autres. Elles sont rares avant l'âge de dix ans. Elles surviennent dans un délai d'un an après une plaie (percement d'oreille...) ou une agression mineure de la peau (folliculite, acné thoracique...) que le patient a le plus souvent oubliée. Les chéloïdes «spontanées» du thorax sont en fait consécutives à des folliculites. Leurs localisations les plus fréquentes sont la face antérieure du thorax, la région deltoïdienne et le lobule des oreilles. Elles sont dues à un processus de cicatrisation anormal de la peau.

Elles se présentent comme des nodules ou des placards durs (+++), normochromes ou un peu hyperchromiques parfois initialement prurigineux, au sein desquels peuvent exister des ponts fibreux caractéristiques (photo 3.6). Le traitement compressif permanent et précoce, quand il est possible, peut être est efficace. En pratique il s'agit de boucle d'oreille à pince pour les petites chéloïdes du lobule de l'oreille ou surtout, dans les suites de cicatrisation de brûlures, si fréquentes à Mayotte, de vêtements compressifs, proposés par le service de kinésithérapie. Ces vêtements doivent être portés 24 heures sur 24, à même le corps, coutures à l'envers et pendant de nombreux mois pour être efficaces. Pour les chéloïdes localisées, l'injection intra-chéloïdienne en «pomme d'arrosoir» de corticoïdes retards peut être tentée mais elle est difficile à réaliser (lésion très dure, nécessité d'appuyer très fort sur le piston) et douloureuse. Les dermocorticoïdes sont inefficaces sauf sur le prurit. La chirurgie est le plus souvent suivie de récidive.

Les chéloïdes sont un diagnostic différentiel classique des lépromes (photos 2.34 à 2.44) mais leur caractère unique ou peu nombreux, leur localisation, leur forme, leur consistance dure et la notion de plaie antérieure permettent le plus souvent d'en faire le diagnostic aisément.

3.1

3.2

Photo 3.1 Chéloïde exubérante après le percement du lobule de l'oreille.
Photo 3.2 Chéloïde sous mentonnière secondaire à une petite plaie qui s'était surinfectée. À la palpation, le nodule est très dur.

3.3

3.4

3.5

3.6

Photos 3.3 et 3.4 Chéloïdes débutantes après le percement des 2 lobules. Son caractère unique, sa dureté et son apparition après un traumatisme permettent d'éliminer le diagnostic de léprome (photos 2.34 à 2.44).
Photo 3.5 Chéloïdes «spontanées» du thorax très dures.
Photo 3.6 Gros plan d'une chéloïde avec des ponts fibreux débutants caractéristiques.

DERMATOPHYTIES

Les dermatophyties de la peau glabre sont une dermatose d'origine mycosique, prurigineuse, contagieuse, fréquente à Mayotte. Le réservoir des dermatophytes est humain ou animal. Elles se traduisent par une ou plusieurs lésions hyperchromiques ou presque normochromiques, annulaires, à bords nets microvésiculeux (+++), à extension centrifuge lente avec une tendance à l'atténuation centrale. Le caractère microvésiculeux de la bordure (photos 3.7 et 3.8), très évocateur du diagnostic, n'est souvent bien visible que de près. Les microvésicules sont souvent rompues et remplacées par des croûtelles. Les lésions sont arrondies parfois polycycliques. Leur taille est très variable de 1 à plusieurs centimètres. Quand le diagnostic d'eczéma a été posé à tort, les dermocorticoïdes soulagent temporairement le prurit, les lésions se dépigmentent, l'hypochromie permettant souvent au caractère érythémateux d'apparaître (photo 3.16), puis secondairement elles s'agrandissent. Parfois, les lésions deviennent plus inflammatoires, pustuleuses (pseudo-acnéique sur le visage) ou, au contraire, il ne persiste qu'une portion de bordure microvésiculeuse qui permet de redresser le diagnostic. Les lésions peuvent siéger en n'importe quel point du corps, en particulier en cas d'origine animale des dermatophytes.

3.7

3.8

Photo 3.7 Dermatophytie du bras. Noter la bordure nette.
Photo 3.8 Dermatophytie. Noter la bordure nette microvésiculeuse et la tendance à la guérison centrale.

3.9a

3.9b

3.10

3.11

Photos 3.9 a et b Dermatophytie du genou. (a) Noter le caractère polycyclique de la lésion. (b) Vue de près de la bordure qui dessine une limite franche avec la peau saine, très évocateur du diagnostic.
Photo 3.10 Dermatophytie. Sur les fesses (zone de frottement). Les lésions deviennent un peu moins caractéristiques.
Photo 3.11 Intertrigo dermatophytique inguinal.

L'atteinte des plis («intertrigos») inguinaux (atteinte «en culotte») ou inter orteils est fréquente, exclusivement due à des dermatophytes d'origine humaine (Trichophyton rubrum).
Au niveau des paumes et des plantes (photo 3.18), l'atteinte, également liée à T rubrum, est habituellement unilatérale et à souvent un aspect trompeur avec uniquement un aspect farineux blanchâtre des plis ou plus rarement une hyperkératose diffuse.
Le traitement local par des topiques imidazolés pendant 21 jours pour les lésions de la peau glabre est suffisant. Pour l'atteinte des plis, un traitement plus long (4 semaines en moyenne) est nécessaire. Pour les atteintes profuses, l'association avec de la griséofulvine (20mg/kg/j en 2 à 3 prises pendant les repas) est parfois nécessaire. Il est important de s'assurer que d'autres membres de la famille (dermatophytie ou teigne) et que les animaux de compagnie (état squameux +/- prurigineux ou perte de pelage chez les chiens et les chats) ne soient pas atteints et ne recontaminent pas le patient. Les dermatophyties laissent souvent des macules hyperchromiques séquellaires qui mettent de long mois à disparaître.
Les dermatophyties, à l'exception des intertrigos, peuvent simuler une lèpre tuberculoïde (photos 2.13 à 2.22) mais dans celle-ci les lésions ne sont ni prurigineuses ni centrifuges et surtout elles sont hypo ou anesthésiques, signe à rechercher systématiquement.

3.12

3.13

Photo 3.12 Dermatophytie du flanc. Noter la tendance à la guérison centrale.
Photo 3.13 Dermatophytie en culotte et des 2 avant-bras. Noter la bordure nette et l'hyperchromie prononcée de la lésion.

Photo 3.14 Intertrigo dermatophytique axillaire.
Photo 3.15 Récidive d'une dermatophytie sur une lésion anciennement traitée. Sur des macules hyperchromiques séquellaires apparaissent de nouvelles lésions avec des bordures nettes (flèches blanches).
Photo 3.16 Dermatophytie cortisonée du visage. L'hypochromie due au dermocorticoïde laisse apparaître une note érythémateuse franche. La bordure vésiculeuse (flèches blanches) permet de redresser le diagnostic.
Photo 3.17 Dermatophytie profuse du dos traitée pendant plusieurs semaines avec de la Bétadine®.

3.18

DERMITE SÉBORRHÉIQUE DE L'ADULTE

La dermite séborrhéique est une dermatose d'origine inconnue, volontiers chronique et récidivante, très fréquente, surtout chez l'homme adulte d'âge moyen. Elle est localisée aux zones de séborrhée naturelle («zones grasses») : cuir chevelu, sourcils, sillons naso-géniens et rétro-auriculaires, région médio-thoracique. Sur la peau claire, elle apparaît sous forme de nappes érythémateuses et squameuses volontiers prurigineuses. Sur la peau noire, l'atteinte médio-faciale est souvent non pas érythémateuse mais hypochromique et le caractère squameux peut manquer (photo 3.19). Son traitement souvent suspensif, consiste en l'application de topiques imidazolés. Les dermocorticoïdes sont à éviter dans la mesure du possible car ils exposent à une cortico-dépendance locale et à une aggravation de l'hypochromie. S'ils sont utilisés, il est préférable d'en choisir un de niveau faible.

Lorsque la dermite séborrhéique du visage est hypochromique et que le caractère squameux et/ou prurigineux manquent, l'aspect est trompeur et peut simuler une lèpre lépromateuse débutante mais le caractère très symétrique de l'atteinte, l'existence d'un éventuel état squameux du cuir chevelu ainsi que l'absence d'autres lésions sur le reste du corps permettent généralement de les distinguer. Il ne faut cependant pas en cas de doute hésiter à réaliser une biopsie.

3.19

Photo 3.18 Atteinte dermatophytique de la paume.
Photo 3.19 Dermite séborrhéique de l'adulte. Les localisations sont les mêmes que sur la peau blanche mais le caractère hypochromique des lésions prédomine souvent.

ECZÉMATIDES HYPOCHROMIQUES

Les eczématides («dartres») se voient surtout chez les enfants (photo 3.20) et les femmes jeunes. Elles correspondent à des macules de 1 à quelques centimètres de diamètre, hypochromiques à bords arrondis, finement squameuses, sèches, avec une accentuation folliculaire inconstante mais caractéristique (photos 3.21 et 3.22). Elles peuvent être uniques mais plus souvent multiples (photo 3.23). Elles sont plus fréquentes sur le visage et les bras mais peuvent siéger en n'importe quel point du corps. Elles sont souvent associées à une xèrose (sécheresse) cutanée diffuse. Le traitement souvent décevant consiste en l'application d'émollients, de crèmes antifongiques ou antiseptiques ou de dermocorticoïdes faibles appliqués avec parcimonie.

3.20

3.21

3.22

Photo 3.20 Eczématides multiples typiques du visage chez un enfant.
Photo 3.21 Eczématides. Noter le caractère particulièrement net de l'atteinte folliculaire.
Photo 3.22 Eczématides du dos. L'accentuation folliculaire est ici franche.

Une hygiène «excessive» (savon antiseptique au long cours...) desséchante est parfois retrouvée à l'interrogatoire et doit être corrigée. Parfois, en guérissant, les eczématides laissent des macules hyperchromiques transitoires.

Le caractère finement squameux des eczématides est à rechercher systématiquement par le grattage (aspect farineux) car lorsque la lésion est unique, elle peut faire discuter une lèpre indéterminée et lorsqu'elles sont multiples une lèpre lépromateuse dont les lésions, comme les eczématides, sont normoesthésiques (photos 2.8 à 2.10). Le meilleur critère pour les différencier est souvent l'évolutivité des lésions : les eczématides finissent par disparaître (avec ou sans traitement) en quelques mois pour apparaître souvent ailleurs, d'où l'utilité d'un schéma précis des lésions. Si le doute persiste, une biopsie devra être réalisée.

Photos 3.23 a et b Nombreuses eczématides du visage.
Photo 3.24 Eczématides du dos.
Photo 3.25 Eczématide géante de l'avant-bras.

HYPOCHROMIE MACULEUSE POST-INFLAMMATOIRE

Les dermatoses d'emblée hypochromiques guérissent en général par une phase hypochromique nécessitant souvent une exposition solaire pour disparaître (pityriasis versicolor, eczématides hypocromiantes...). Il est beaucoup plus rare que des dermatoses non hypochromiques au départ le deviennent dans leur évolution ; c'est cependant le cas du pityriasis rosé de Gibert (photo 3.39). L'interrogatoire du patient permet de retrouver la notion d'une dermatose préexistante et d'éliminer une lèpre. Les lésions bulleuses ou les lésions de grattage laissent souvent des cicatrices achromiques (photos 1.4 et 3.64)

HYPOMÉLANOSE LENTICULAIRE EN GOUTTE

L'hypomélanose lenticulaire en goutte est en fait une dermatose achromique faite de macules lenticulaires de quelques mm, plus ou moins nombreuses, pouvant siéger en n'importe quel point du corps mais volontiers prédominantes sur les zones photo-exposées, jambes et bras (photo 3.27), mais par contre exceptionnellement le visage. Elle est considérée comme une dermatose secondaire à des expositions solaires répétées. Elle peut être également induite par l'utilisation de produits dépigmentants, en particulier à base d'hydroquinone, fréquemment contenus dans les produits cosmétiques dépigmentants du «commerce». Leur utilisation doit être systématiquement recherchée lorsque les lésions sont profuses, sur tout le corps ou sur le visage.

3.26

3.27

Photo 3.26 Macules hypochromiques du dos, sequellaires d'une dermatose.
Photo 3.27 Hypomélanose lenticulaire en goutte. Aspect de confettis hypo ou achromiques prédominant sur les membres (flèches blanches).

LICHEN PLAN

Le lichen plan est fréquent à Mayotte. Sur la peau noire, la lésion élémentaire est une papule ferme à surface brillante, initialement nacrée puis rapidement intensément pigmentée («nigricans») (photos 3.28 à 3.33). L'intensité de l'hyperchromie est évocatrice.
Le prurit est franc. La face antérieure des poignets, les avant-bras, la région lombaire et les membres inférieurs sont les localisations préférentielles. Les paumes, les plantes des pieds et le visage sont rarement atteints. L'atteinte de la muqueuse buccale, rare sur la peau noire, réalise un «réseau blanchâtre» à la face interne des joues (photo 3.30). Les formes cliniques sont nombreuses : annulaires, profuses, psoriasiformes...

Le lichen peut être déclenché par une prise médicamenteuse (isoniazide, inhibiteur de l'enzyme de conversion, nivaquine, bétabloquant, thiazidique...) ou être associé à une hépatite B ou C. L'évolution est imprévisible : guérison spontanée, statu quo ou aggravation. Pour les formes localisées, on peut proposer l'abstention thérapeutique ou plus souvent des dermocorticoïdes de niveau 2. Pour les formes plus diffuses, après avoir éliminé une hépatite B ou C associée, on peut proposer une corticothérapie générale à 0,5 mg/kg/j, progressivement décroissante sur 3-4 mois minimum, mais avec des risques de rechutes fréquentes.
Le lichen plan annulaire peut simuler une lèpre tuberculoïde. Son caractère rapidement hyperchromique et prurigineux et bien sur l'absence d'hypo ou d'anesthésie permettent de les différencier.

3.28

3.29

Photo 3.28 Lichen plan du bras. Noter le caractère polygonal, nigricans, brillant des papules.
Photo 3.29 Lichen plan du dos de la main.

3.30

3.31

3.32

3.33

Photo 3.30 La localisation muqueuse du lichen, en réseaux blanchâtres non infiltrés, est rare sur la peau noire.
Photo 3.31 Lichen plan du bras.
Photo 3.32 Lichen de la jambe. Dans cette localisation il y a volontiers une hyperkératose.
Photo 3.33 Lichen profus. Noter le respect des paumes.

NÆVUS ACHROMIQUE ou HYPOCHROMIQUE

Dénomination inadéquate car il ne s'agit pas d'un nævus nævo-cellulaire («grain de beauté»), mais d'une absence de production de mélanine localisée en une zone du corps, le nævus achromique est une macule congénitale «tache de naissance», de taille variable (2 à plus de 10 cm), à bords déchiquetés (++) (photos 3.34 et 3.35), non squameuse, sans trouble de la sensibilité et plus souvent hypochromique qu'achromique blanche. Le caractère congénital de la lésion permet facilement d'éliminer une lèpre.

3.34

3.35

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

D'origine probablement virale, le pityriasis rosé de Gibert (PRG) survient souvent par petites épidémies. Typiquement il débute par un médaillon (inconstant) de 2 à 4 cm de diamètre, à bords nets, annulaire avec une couronne finement desquamative. Puis apparaissent par poussées successives des macules de 1 à 2 cm aux limites mal définies et parfois d'autres médaillons de plus petite taille. Les lésions prédominent sur le tronc avec au niveau du dos, une disposition en «branches de sapin de Noël» très évocatrice (photo 3.36). Sur la peau noire, les lésions sont plus grisâtres que rosées. Le PRG est généralement pas ou peu prurigineux. Par contre, l'application de topiques, quels qu'ils soient, (antifongiques imidazolés, corticoïdes locaux...) est souvent très mal tolérée et source d'irritation, voire, d'eczématisation. La guérison spontanée survient en 6 à 8 semaines, après souvent une phase transitoire de macules hypochromiques (photo 3.39) que l'anamnèse permet facilement de distinguer d'une lèpre lépromateuse (photos 2.28 à 2.33). Pour mémoire, un des principaux diagnostics différentiels du PRG est la syphilis secondaire (rechercher des papules sur les paumes et plantes).

Photo 3.34 Nævus "achromique" congénital de la fesse.
Photo 3.35 Nævus hypochromique métamérique du torse et du bras droit.

3.36

3.37

3.38

3.39

Photo 3.36 Pityriasis rosé de Gibert. La disposition des lésions en «branches de sapin de Noël» est très évocatrice du diagnostic.
Photo 3.37 Pityriasis rosé de Gibert. Les médaillons secondaires sont souvent beaucoup moins caractéristiques.
Photo 3.38 Pityriasis rosé de Gibert. Lésions secondaires vues de près.
Photo 3.39 Pityriasis rosé de Gibert en voie de guérison. Médaillons hypochromiques.

PITYRIASIS VERSICOLOR

Due à la prolifération de levures saprophytes de la peau (Malassezia globosa ou Malassezia furfur), le pityriasis versicolor (PV) est probablement la dermatose la plus fréquente à Mayotte. Il est très fréquent chez l'adulte. En pays tropical, à l'inverse des pays tempérés, il n'est pas rare chez l'enfant pendant les 2 premières années de la vie ou lors de la période pré-pubère, atteignant très volontiers exclusivement le visage (photo 3.42). Les lésions initiales sont des macules le plus souvent hypochromiques sur la peau noire, de petite taille, lenticulaires ou «en confettis» qui plus ou moins rapidement confluent en nappes à contours géographiques, déchiquetées et très finement squameuses, en périphérie desquelles il est fréquent d'observer les lésions primitives en confettis (photo 3.41). Plus rarement, les macules ne sont pas hypochromiques mais hyperchromiques (photos 3.45 et 3.49). Parfois il n'existe qu'une atteinte périfolliculaire (photo 3.48). En grattant avec l'ongle apparaît une fine desquamation blanchâtre farineuse : le signe du copeau (photos 3.41 et 3.48). Le PV particulièrement en saison humide peut être prurigineux. Les lésions prédominent sur le haut du tronc, les épaules et le cou. Alors que sur la peau blanche le visage est généralement épargné, sur la peau noire la localisation au visage n'est pas rare. À son niveau, la peau étant grasse, on n'y retrouve pas, le plus souvent, le signe du copeau, ce qui est d'autant plus trompeur que l'atteinte peut être isolée (photo 3.44).

3.40a

3.40b

Photos 3.40 a et b Pityriasis versicolor hypochromique profus du tronc (flèches blanches). Le contour géographique, très déchiqueté des lésions, les «îlots» à distance (triangles noirs) et le caractère finement squameux des lésions sont très évocateurs du diagnostic.

Photo 3.41 Pityriasis versicolor vu de près. Noter les lésions à type de confettis et leur caractère légèrement desquamatif après les avoir grattées avec le dos d'un ongle.
Photo 3.42 Pityriasis versicolor de l'enfant. Il atteint préférentiellement le visage.
Photo 3.43 Pityriasis versicolor du cou et du haut du dos. Quelquefois les lésions (flèche blanche) ont des contours arrondis.
Photo 3.44 Pityriasis versicolor du visage.
Photo 3.45 Pityriasis versicolor hyperchromiant du tronc (flèches blanches). Noter l'existence de l'aspect finement squameux et les contours géographiques, typiques du PV.

Le traitement le plus efficace est le kétoconazole en shampoing (Kétoderm monodose®) qu'il faut appliquer sur tout le corps, y compris le visage (contrairement au mode d'emploi prévu pour les peaux blanches) en faisant attention aux yeux. Le prurit ainsi que le signe du copeau disparaissent en quelques jours et le bord des lésions devient flou. Il faut attendre au moins 1 mois et une exposition solaire pour que les macules hypochromiques séquellaires du PV disparaissent. Les récidives ne sont pas rares. La griséofulvine est inefficace.

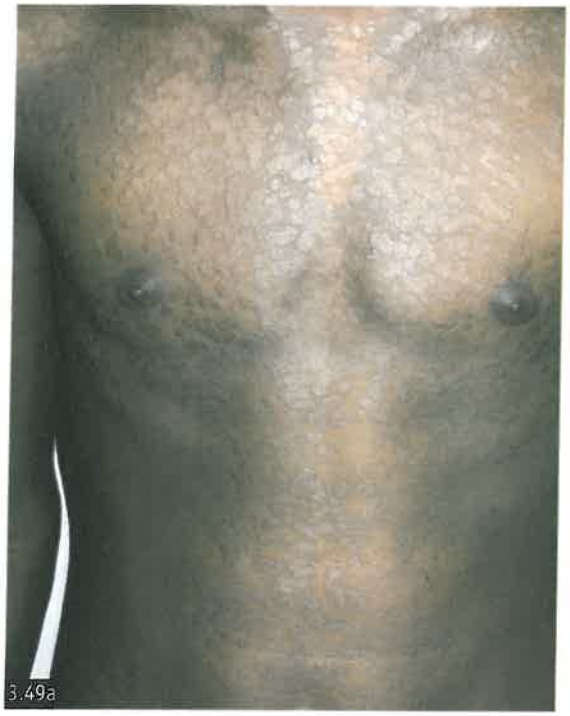
L'aspect des lésions primitives lenticulaires ou en vastes nappes à bords irréguliers déchiquetés, la fine desquamation à rechercher systématiquement (photos 3.41 et 3.48) et le caractère prurigineux permettent aisément de faire le diagnostic de PV. Mais c'est souvent lors de la phase de guérison que le PV peut ressembler le plus à une lèpre lépromateuse (photos 2.28 à 2.33). L'anamnèse et l'existence de lésions lenticulaires séquellaires suffisent habituellement à l'éliminer. Cependant, étant donné la fréquence du PV à Mayotte, il n'est pas rare de découvrir un PV associé à d'autres dermatoses et en particulier à une lèpre (photo 3.51). À Mayotte 15% des patients atteints de lèpre ont également un PV.

3.46

3.47

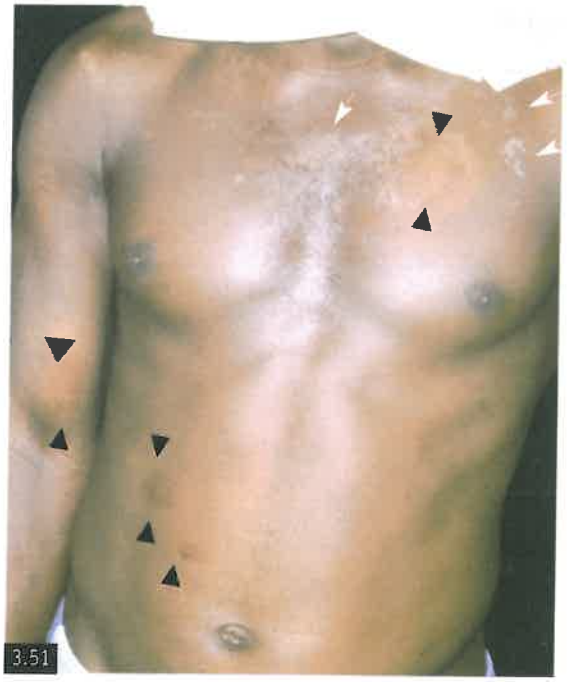
3.48

Photo 3.46 Pityriasis versicolor hypochromique du haut du dos limité à quelques lésions.
Photo 3.47 Pityriasis versicolor typique de l'épaule.
Photo 3.48 Pityriasis versicolor du dos. Atteinte à type de confettis. Les lésions ont été grattées avec le dos de l'ongle pour mettre encore plus en évidence le signe du copeau.


3.49a

3.49b

3.50


3.51

Photos 3.49 a et b Pityriasis versicolor hyperchromiant. Sur le tronc et le membre supérieur, il n'existe pas de grandes lésions mais une multitude de macules de taille intermédiaire.
Photo 3.50 Pityriasis versicolor hypochromique du bras. Les contours déchiquetés caractéristiques du PV dessinent sur la peau comme la carte d'une île avec des îlots à distance.
Photo 3.51 Pityriasis versicolor du tronc (flèches blanches) qui a été gratté avec le dos de l'ongle, associé à des macules de lèpre lépromateuse (encadrées par des triangles noirs).

PSORIASIS

Pathologie d'origine inconnue, le psoriasis, dermatose érythémato-squameuse chronique, est rare sur la peau noire. Sur ce type de peau, il est souvent beaucoup moins hyperkératosique que sur la peau blanche sans doute en raison de l'habitude des habitants de se graisser la peau à l'huile de coco, favorisant ainsi la disparition de l'hyperkératose. Une hypochromie de toute la lésion ou juste en anneau périphérique est fréquente. Quand l'hypochromie est franche, le caractère érythémateux des lésions se voit bien (photo 3.52). Les localisations préférentielles sont les mêmes que sur la peau blanche (cuir chevelu, sacrum, genoux, coudes...).

Le traitement de cette dermatose chronique est souvent suspensif. Les traitements locaux sont souvent les premiers à être proposés : dermocorticoïdes, dérivés de la vitamine D, vaseline salicylée (2 à ou 5% selon l'importance de l'hyperkératose). Dans les formes diffuses l'acitrétine (Soriatane®) est utile malgré ses effets secondaires (tératogénicité +++, fragilisation de la peau et des phanères +++, hépatite, hyperlipidémie). Il peut être utile de rechercher les facteurs déclenchants ou aggravant sur lesquels on peut agir : prise d'alcool, de lithium, de bêtabloquants, effet rebond après l'arrêt d'une corticothérapie générale.

Le caractère squameux peut parfois faire discuter une lèpre en réaction reverse (photo 2.69b). L'existence d'une hypoesthésie (à rechercher systématiquement) et de «douleurs» au niveau d'un coude et/ou d'un poignet et/ou d'une cheville, signes de névrite, permettent habituellement facilement de les distinguer.

Photo 3.52 Psoriasis typique : atteinte des lombes, des coudes et du cuir chevelu. Noter l'érythème franc et l'hyperkératose blanchâtre des lésions.
Photo 3.53 Psoriasis : placards typiques des 2 genoux associés à des plus petites lésions des 2 mains.

3.54

3.55

3.56

3.57

Photo 3.54 Psoriasis. L'atteinte du cuir chevelu n'entraîne pas d'alopécie et se limite à la lisière des cheveux.
Photo 3.55 Psoriasis traité. Macules hypochromiques transitoires non squameuses. L'anamnèse et l'absence de squames permettent de le distinguer d'une réaction reverse (photo 2.69 b).
Photo 3.56 Psoriasis peu squameux des pieds. Noter le caractère bilatéral et symétrique des lésions.
Photo 3.57 Psoriasis. L'hyperkératose est beaucoup plus prononcée au niveau des coudes que des lombes.

RECKLINGHAUSEN (MALADIE DE)

La maladie de Recklinghausen est une maladie génétique assez fréquente à Mayotte. Elle associe des «tâches café au lait» macules brun clair à contours déchiquetés (au moins 6 tâches de plus de 1,5 cm de diamètre) apparaissant tôt dans l'enfance et à plus ou moins long terme et en nombre variable des neurofibromes. Les neurofibromes sont des nodules mous, de la couleur de la peau normale, parfois pédiculés, de 1 à plusieurs centimètres de taille. L'évolution est progressive et plus ou moins affichante. Il n'y a pas de traitement autre que l'exérèse des tumeurs les plus visibles ou gênantes.

Une discussion avec une lèpre lépromateuse évoluée (photo 2.39) dans laquelle peuvent apparaître de volumineux lépromes peut exceptionnellement se poser, mais les lépromes sont toujours fermes et jamais pédiculés.

3.58

SYPHILIS

Cliniquement, la syphilis au stade secondaire précoce se manifeste par une éruption fugace discrète de macules rosées difficiles à voir sur la peau noire («roséole»), qui parfois deviennent hypochromiques avant de disparaître. Au stade secondaire tardif apparaissent des syphilides, lésions papuleuses de 0,5 à 1 cm, typiquement cuivrées parfois érosives, séborrhéiques, psoriasiformes ou croûteuses. Elles sont généralement multiples et peuvent siéger à n'importe quel point du corps et atteindre les muqueuses.

3.59a

Photo 3.58 Maladie de Recklinghausen. Les nodules sont mous à l'inverse des lépromes qui sont fermes.
Photo 3.59 a Syphilis. (a) Nombreuses papules cuivrées (syphilides), infiltrées avec une collerette desquamative du dos. A noter un nævus hyperpigmentaire congénital (flèche blanche).

(érosions ou papules buccales ou génitales). Les localisations aux paumes, aux plantes et aux sillons labiaux (perlèche bilatérale) sont très typiques et fréquentes. La roséole peut simuler une lèpre lépromateuse maculeuse hypochromique. Son caractère fugace permet de l'éliminer. Les syphilides peuvent simuler une lèpre lépromateuse papulo-nodulaire. Il faut savoir rechercher des localisations évocatrices (muqueuses, paumes, plantes) et la notion d'antécédents de chancre génital. Le diagnostic sérologique de syphilis est à utiliser avec précaution car Mayotte était dans les années 60 un foyer de tréponématose endémique (pian). Bien que celui-ci ait disparu, beaucoup d'habitants ont des cicatrices sérologiques de pian contracté dans leur enfance. Les sérologies (VDRL, TPHA) ne permettant pas de distinguer la syphilis d'un pian, il est donc difficile de trancher entre une sérologie séquellaire syphilitique et une sérologie séquellaire d'un pian. En 2002, sur 7000 femmes enceintes dépistées systématiquement, 1,75% avaient au moins un des 2 marqueurs sérologiques positifs alors qu'une trentaine de cas de syphilis sont déclarés chaque année...

3.59b

3.59d

3.59c

Photos 3.59 b, c et d Syphilis. (b) Perlèche bilatérale et papules infiltrées desquamatives prédominant au niveau de la barbe. (c) La présence de macules infiltrées (++), cuivrées de la paume et de la plante des pieds est très évocatrice du diagnostic. (d) Papules infiltrées squameuses et parfois érosives (flèches blanches)(contagiosité++) sur la peau, le fourreau et le gland.

VITILIGO

La lésion élémentaire du vitiligo est, dans sa forme typique, une macule achromique, blanche, et non hypochromique, à contours nets géographiques, plus ou moins déchiquetés et souvent hyperpigmentés avec parfois des îlots de repigmentation au centre (photo 3.62). L'exposition solaire donne souvent un aspect blanc rosé dû à l'érythème solaire. La taille et le nombre des lésions sont variables. Elles prédominent classiquement dans les régions périorificielles (périorbitaires, péribuccale ou génitale) et au niveau du dos des mains (photo 1.3). Quelquefois, les lésions de vitiligo sont hypochromiques. Parfois plusieurs degrés de décoloration s'associent sur une même lésion. Son évolution spontanée est imprévisible. Les traitements actuels proposés (dermocorticoïdes, ...) sont peu ou pas efficaces.

À noter que des cicatrices «vitiligoïdes» achromiques (photo 3.64) sont fréquentes sur la peau noire, en particulier après des brûlures ou un prurit important (jambes +++) en dehors de tout vrai vitiligo.

La lèpre ne s'accompagnant jamais de lésions achromiques, son diagnostic ne se discute normalement pas. En cas de vitiligo hypochromique, l'absence de troubles de la sensibilité permet d'éliminer le diagnostic de lèpre tuberculoïde.

3.60

3.61

Photo 3.60 Vitiligo périorbitaire. Macules achromiques et non hypochromiques à contours déchiquetés.
Photo 3.61 Vitiligo. Vastes macules achromiques à contours géographiques.

3.62

3.63

3.64

Photo 3.62 Vitiligo typique. Les macules sont achromiques avec des îlots de repigmentation et des bords déchiquetés.
Photo 3.63 Vitiligo trichrome de l'avant-bras.
Photo 3.64 Achromie vitiligoïde des 2 jambes, secondaire à un prurit chronique.